

Aufnahmeantrag

Herr / Frau

Name..... Vorname.....

geb..... Straße und Hausnr.....

PLZ..... Wohnort.....

..... E-mail.....

Handy..... Beruf.....

bevorzugte Sportart (bitte ankreuzen):

- | | | | | |
|---------------------|-----------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|
| Trap | <input type="radio"/> | Sportschütze | <input type="checkbox"/> | Jagdschein seit |
| Skeet | <input type="radio"/> | Pistole/Revolver | <input type="checkbox"/> | WBK seit..... |
| Doppeltrap | <input type="radio"/> | Gewehr | <input type="checkbox"/> | |
| Parcours | <input type="radio"/> | | | |
| Jagdliches Schießen | <input type="radio"/> | | | |

Mitglied in anderen Vereinen:.....

Ich erkläre mein Einverständnis zur Einzugsermächtigung für den Jagd- u. Wurftaubenclub Osterholz e.V.

Aufnahmegebühr: 100€

- Jahresbeitrag Vollmitglied: 80€
 Jahresbeitrag Jugend/Student: 40€

(bitte rückseitiges Formular ausfüllen)
 Wettkampfpass kann auf Wunsch ausgefüllt werden.

....., den.....
Unterschrift

vom Verein auszufüllen:
 aufgenommen durch Vorstand des **Jagd- u. Wurftaubenclub Osterholz e.V.:**

Name:..... Datum.....

aufgenommen durch **Bezirksschützenverband Osterholz**

Name:..... Datum.....

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Jagd und Wurftaubenclub Osterholz e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Ostendorfer Str. 38

Postleitzahl und Ort:

27726 Worpswede

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE 76ZZZ00000176014

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Mitgliedsnummer:

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):

DE

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):